



EFEKTYWNE DZIAŁANIE PRZEZ MAPOWANIE
KARDIOLOGIA I ONKOLOGIA



Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa wielkopolskiego

Podsumowanie

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY Z EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO KAPITAŁ LUDZKI



Człowiek – najlepsza inwestycja

www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl



Spis treści

Informacje wstępne	3
I Aspekty demograficzne i epidemiologiczne	3
Struktura ludności	4
Demografia powiatów województwa wielkopolskiego	4
Zachorowania na choroby kardiologiczne	4
Zgony z powodu chorób kardiologicznych	4
II Analizy stanu i wykorzystania zasobów	5
Lecznictwo szpitalne	5
1 Szpitale udzielające świadczeń kardiologicznych	5
2 Kardiochirurgia dorosłych	6
3 Kardiochirurgia dziecięca	7
Obszar Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej	7
Obszar Podstawowej Opieki Zdrowotnej	7
III Prognozy potrzeb zdrowotnych	7
Prognoza demograficzna	7
1 Prognozowana struktura ludności	7
2 Prognozowane zmiany w demografii powiatów województwa wielkopolskiego	8
Prognoza zachorowalności	8
Prognoza liczby świadczeń	8
1 Świadczenia kardiologiczne	8
2 Kardiochirurgia dorosłych	8
3 Kardiochirurgia dzieci	8



Informacje wstępne

1. W niniejszym opracowaniu, zgodnie z decyzją Zespołu do spraw opracowania map potrzeb zdrowotnych w dziedzinie kardiologii i kardiochirurgii powołanym przez Ministra Zdrowia, choroby kardiologiczne definiowane są jako choroby należące do następujących grup rozpoznań według klasyfikacji ICD-10: choroba niedokrwienna serca (I20, I21, I24, I25), niewydolność serca (I50), migotanie i trzepotanie przedsionków (I48), pozostałe zaburzenia rytmu i przewodzenia (I44–I47, I49), kardiomiopatie (I42, I43), wady serca wrodzone (Q20–Q26), wady serca nabyte (I05–I09, I34–I37), zator płucny (I26).
2. Do określenia zapadalności na choroby kardiologiczne oraz realizacji świadczeń w zakresie kardiologii posłużono się bazą Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)¹ za lata 2009-2014, natomiast liczbę nowych przypadków określono dla lat 2010-2013 (rok 2009 oraz 2014 posłużyły do weryfikacji, czy pacjent jest pacjentem pierwszorazowym). Należy jednak mieć na uwadze, że dane NFZ służą rozliczeniu się ze świadczeniodawcą i mogą być obciążone błędami np. w zakresie rozpoznań ICD-10. W związku z tym, w celu np. określenia daty rozpoznania choroby u pacjenta, niezbędne było zastosowanie reguł decyzyjnych. Pacjenci, którzy pojawili się w szpitalu bądź SOR/Izbie przyjęć, byli automatycznie uwzględnieni przy określaniu zapadalności jako pacjenci pierwszorazowi. Jeżeli pacjent pojawił się pierwszy raz w AOS, i nie pojawił się ponownie w systemie w ciągu kolejnych 365 dni, poddano analizie produkty sprawozdane w ramach tej wizyty. Na tej podstawie przypisano prawdopodobieństwo tego, że pacjent jest pacjentem pierwszorazowym. Na przykład, jeżeli produktem była wizyta pohospitalizacyjna, a pacjent nie został odnotowany w szpitalu, pacjenta takiego zaliczono do kategorii „Nowy pacjent”, wychodząc z założenia, że hospitalizacja mogła być z innej przyczyny kardiologicznej (dominującej), jednak w przebiegu choroby zdiagnozowano u niego również analizowane schorzenie, natomiast w przypadku porady W11 (porada ambulatoryjna bez wskazania badań z listy kwalifikującej do wyższej płatności – najprostsza porada ambulatoryjna) pacjenta ze 100% prawdopodobieństwem klasyfikowano jako pacjenta w procesie follow-up. Ponadto z analizy zapadalności wykluczono pacjentów z pierwszym pojawieniem w AOS z rozpoznaniem zawału serca i zatoru płucny².
3. Informacja o świadczeniach kardiochirurgii dorosłych i dzieci została przygotowana na bazie informacji z rejestru KROK z tego względu, że nie wszystkie procedury (np. wyskospecjalistyczne) były raportowane w bazie NFZ.

¹W przypadku chorób kardiologicznych prowadzone są w Polsce 3 rejestry medyczne: Ogólnopolski Rejestr Ostrego Zespołu Wieńcowego (PL-ACS), Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych (KROK) oraz Ogólnopolski Rejestr Procedur Kardiologii Inwazyjnej (ORPKI). Żaden z tych rejestrów nie jest wystarczający do przygotowania informacji na temat zapadalności na choroby kardiologiczne oraz prognozowania tej wartości. Rejestr pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi w kategoriach ilościowych odbiega od wartości obserwowanych w danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia. Wstępna analiza porównawcza pokazuje, że nie wszystkie placówki zgłaszają swoje przypadki do rejestru. Ponadto zgłoszenie do PL-ACS wykonywane jest możliwie szybko, podczas gdy sprawozdawczość do NFZ przygotowana jest przy zakończeniu hospitalizacji, kiedy lekarze mają pełniejszy obraz kliniczny pacjenta. Dodatkowo, ostre zespoły wieńcowe to tylko jedna z grup jednostek chorobowych w ramach chorób kardiologicznych, zatem nawet przy pełnym rejestrze nie można by było uzyskać niezbędnej informacji prognostycznej. Z kolei KROK jest rejestrem operacji kardiochirurgicznych i obejmuje jedynie jedną z metod leczenia pacjentów kardiologicznych. Trzeci z tych rejestrów, ORPKI, nie posiada identyfikatorów pacjentów, które pozwoliłyby na połączenie informacji z danymi sprawozdawczymi NFZ. Co więcej, ORPKI również dotyczy tylko części chorób kardiologicznych, przez co nie może zostać użyty przy projektowaniu ujednoliconej metody analizy.

²Te jednostki choroby, ze względu na ich ostry przebieg, nie mogą być leczone w ambulatorium (pacjenci leczeni w ramach hospitalizacji, stan zagrożenia życia). Uznano, że wizyta w AOS z tym rozpoznaniem jest kontynuacją procesu leczenia szpitalnego.



Część I

Aspekty demograficzne i epidemiologiczne

Struktura ludności

W 2013 roku województwo wielkopolskie zamieszkiwało 3,5 mln osób, co stanowi około 9% ludności kraju. Było to 3. pod względem liczby ludności województwo w Polsce. Populacja województwa wielkopolskiego była, w demograficznym sensie, nieco młodsza niż populacja Polski.

Demografia powiatów województwa wielkopolskiego

1. Największą populacją cechował się powiat miasto Poznań (548 tys., 15,8% populacji województwa). Natomiast najmniejsza liczba ludności (37 tys., 1,1% populacji województwa) zamieszkiwała powiat międzychodzki.
2. Jeśli chodzi o zaawansowanie procesu starzenia się ludności w powiatach województwa wielkopolskiego to największe udziały osób w wieku 65 lat i więcej odnotowano w powiatach: miasto Kalisz (17,2%), miasto Poznań (17,1%) i miasto Konin (16,4%), zaś najmniejsze w powiatach: poznańskim (10,5%), grodziskim (11%) i leszczyńskim (11,3%).

Zachorowania na choroby kardiologiczne

W 2013 r. w województwie wielkopolskim zdiagnozowano 31 tys. nowych zachorowań na choroby kardiologiczne - była to trzecia najwyższa wartość wśród województw. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 893 - druga najniższa wartość w kraju. W województwie najczęstszymi rozpoznaniem były: choroba niedokrwienna serca (579 rozpoznania na 100 tys. mieszkańców) oraz pozostałe zaburzenia rytmu i przewodzenia (374 rozpoznania na 100 tys. mieszkańców).

Zgony z powodu chorób kardiologicznych

1. Choroby serca są pierwszą co do częstości przyczyną zgonów mieszkańców woj. wielkopolskiego, podobnie jak w przypadku wszystkich pozostałych województw. W 2013 r. były one odpowiedzialne za 27,3% ogółu zgonów mieszkańców województwa (26,9% w przypadku mężczyzn, 27,7% w przypadku kobiet) i są to wartości zbliżone do ogólnopolskich (odpowiednio 28%, 27% i 29,1%). Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu ogółu chorób serca mieszkańców województwa wielkopolskiego wynosi 248,9/100 tys. ludności i jest o 10,5% niższy od ogólnopolskiego (278/100 tys. ludności), przy czym różnica umieralności w przypadku kobiet (11,6%) była nieznacznie wyższa niż u mężczyzn (9,5%). Po standaryzacji względem wieku poziom umieralności mieszkańców województwa jest podobny do ogólnopolskiego. Współczynniki standaryzowane są niższe od ogólnopolskich o 1,4% dla ogółu ludności oraz o 1,5% dla kobiet i 1,3% dla mężczyzn.
2. Najczęstszą przyczyną zgonów w województwie wielkopolskim stanowiła choroba niedokrwienna serca, która była odpowiedzialna za 40,5% ogółu zgonów z powodu chorób serca. Wartość wskaźnika SMR choroby niedokrwiennej serca jest nieznacznie niższa o 2,6% od poziomu ogólnopolskiego, przy czym najwyższe wartości odnotowywane były w powiatach jarocińskim, pleszewskim, słupeckim, krotoszyńskim, ostrzeszowskim oraz gostyńskim, a najniższe odnotowano w Koninie.
3. Drugą z najczęstszych przyczyną zgonów w województwie wielkopolskim stanowiła niewydolność serca i kardiomiopatie, które stanowiły łącznie przyczynę 32,4% ogółu zgonów z powodu chorób serca. Wartość ta jest niższa od ogólnopolskiej, która kształtuje się na poziomie 36,9%. Wartość wskaźnika SMR niewydolności serca i kardiomiopatii jest niższa o 12,8% w stosunku do poziomu



ogólnopolskiego. Najwyższe wartości odnotowywane były w powiecie wolsztyńskim, międzychodzkiem, chodzieskim, gostyńskim, pleszewskim oraz szamotulskim, natomiast najniższą wartość odnotowano w powiecie ostrowskim.

4. Migotanie i trzepotanie przedsionków stanowiły przyczynę 2,4% ogółu zgonów z powodu chorób serca mieszkańców województwa wielkopolskiego. Wartość ta jest ponad dwukrotnie wyższa od ogólnopolskiej, która kształtuje się na poziomie 1,5%. Po standaryzacji współczynnika względem wieku (SMR), nadwyżka umieralności mieszkańców województwa w stosunku do przeciętnego poziomu w całym kraju jest jeszcze wyższa i wynosi dla ogółu osób 61,1%. Najwyższe wartości wskaźnika odnotowywane były w powiecie wągrowieckim i gostyńskim, natomiast najniższą wartość odnotowano w powiecie pleszewskim. Ze względu na stosunkowo niewielką liczbę zgonów w poszczególnych powiatach, różnice między wartościami współczynników dla powiatów należy interpretować z dużą ostrożnością.
5. Zatorowość płucna stanowiła przyczynę 1,6% ogółu zgonów z powodu chorób serca mieszkańców województwa wielkopolskiego. Wartość ta jest niższa od ogólnopolskiej, która kształtuje się na poziomie 2,2%. Wartość wskaźnika SMR dla zatorowości płucnej jest o 26,8% niższa w stosunku do poziomu ogólnopolskiego. Najwyższą wartość odnotowywano w powiecie rawickim, natomiast najniższą w powiecie ostrowskim.

Część II

Analizy stanu i wykorzystania zasobów

Lecznictwo szpitalne

1 Szpitale udzielające świadczeń kardiologicznych

1. W 2013 roku na terenie Polski 575 szpitali realizowało świadczenia dotyczą grupy schorzeń kardiologicznych z czego 18 znajdowało się na terenie województwa wielkopolskiego.
2. Województwo wielkopolskie na 3,467 miliona mieszkańców dysponuje 557 łózkami w oddziałach kardiologicznych (16,07/ 100 tys. mieszkańców, średnia w kraju 20,29/100 tys.), 104 w oddziałach intensywnego nadzoru kardiologicznego (3,00/100 tys. mieszkańców, średnia w kraju 3,1/100 tys.), 124 w oddziałach rehabilitacji kardiologicznej (3,58/100 tys. mieszkańców, średnia w kraju 6,86/100 tys.) oraz 64 w 2 oddziałach kardiochirurgicznych (1,85/ 100 tys. mieszkańców, średnia w kraju 2,61/100 tys.). Łącznie dla dorosłych do dyspozycji jest 848 łózek.
3. Najwięcej pacjentów w województwie wielkopolskim przyjął Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia w Poznaniu - 4,70 tys. pacjentów (9,9% pacjentów leczonych w województwie) przy 5,74 tys. hospitalizacji (8,9% hospitalizacji w województwie). Kolejna placówka, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu leczył 4,46 tys. pacjentów (9,5% pacjentów leczonych w województwie) przy 5,39 tys. hospitalizacji (8,3% hospitalizacji w województwie), a w Szpitalu Klinicznym im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu 3,51 tys. pacjentów (7,4% pacjentów leczonych w województwie) przy 4,21 tys. hospitalizacji (6,5% hospitalizacji w województwie), zaś w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie 2,81 tys. pacjentów (5,9% pacjentów leczonych w województwie), przy 3,38 tys. hospitalizacji (5,2% hospitalizacji w województwie).
4. Świadczeniodawców, którzy leczyli ponad 1,0% pacjentów w skali województwa było 35 (na 48), zaś takich, u których odsetek hospitalizacji przekroczył 1% wszystkich hospitalizacji w województwie było 29.
5. W oddziałach wewnętrznych leczono 22 873 pacjentów z rozpoznaniem kardiologicznym (41,6% wszystkich pacjentów kardiologicznych), w oddziałach kardiologicznych - 30 576 chorych (55,6% wszystkich pacjentów kardiologicznych), zaś w oddziałach kardiochirurgicznych - 1.311 pacjentów (2,4% wszystkich pacjentów kardiologicznych). W szpitalach, gdzie istnieją oddziały kardiologiczne



i chorób wewnętrznych, na oddziałach kardiologicznych leczy się od 28,6% do 98,2% pacjentów z rozpoznaniami kardiologicznymi

6. Najwięcej pacjentów było hospitalizowanych z powodu „inne postaci choroby wieńcowej” (16,30 tys. pacjentów przy 20,99 tys. hospitalizacji, co stanowi 32,5% wszystkich hospitalizacji kardiologicznych w województwie). Potem kolejno OZW - 10,91 tys. pacjentów przy 14,78 tys. hospitalizacji (22,9%), niewydolności serca (10,36 tys. pacjentów przy 12,80 tys. - 19,8%), migotanie i trzepotanie przedsionków (4,83 tys. pacjentów przy 5,81 tys. hospitalizacji - 9,0%), inne zaburzenia rytmu i przewodnictwa (4,47 tys. pacjentów przy 5,20 tys. hospitalizacji - 8,1%), nabyte wady serca (3,34 tys. pacjentów przy 3,95 tys. - 6,1% hospitalizacji), zatorowość płucna (751 pacjentów przy 763 hospitalizacjach - 1,2% hospitalizacji) oraz wrodzone wady serca (95 pacjentów przy 295 hospitalizacjach - 0,5% hospitalizacji).
7. Z powodu choroby wieńcowej najczęściej hospitalizacji odbyło się w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. Józefa Strusia w Poznaniu (3 106 - inne postaci choroby wieńcowej, 1 057 - OZW, co stanowi razem 72,5% hospitalizacji z przyczyn kardiologicznych w tym szpitalu). Drugie miejsce zajmuje Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (2 568 - inne postaci choroby wieńcowej, 576 - OZW, co stanowi razem 58,4% hospitalizacji z przyczyn kardiologicznych w tym szpitalu). Kolejne miejsce przypada Szpitalowi Klinicznemu im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (1693 - inne postaci choroby wieńcowej, 854 - OZW, co stanowi razem 60,5% hospitalizacji z przyczyn kardiologicznych w tym szpitalu).
8. Najwięcej hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca było w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie (926 hospitalizacji, co stanowiło 27,4w tym szpitalu). Kolejno w Szpitalu Klinicznym im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu było z tej przyczyny 808 hospitalizacji (19,2% hospitalizacji z przyczyn kardiologicznych w tym szpitalu). Powyżej 500 hospitalizacji z powodu niewydolności serca rocznie odnotowano w 7 szpitalach województwa.
9. Są 4 szpitale, gdzie liczba hospitalizacji z powodu OZW przekracza 1000. Powyżej 500 hospitalizacji z powodu OZW rocznie odnotowano w 14 szpitalach województwa.
10. W woj. wielkopolskim 15 świadczeniodawców wykonuje koronarografie (łącznie 22,43 tys.), angioplastyki wieńcowe (łącznie 12,91 tys. w tym 7,27 tys. w OZW) i implantacje stymulatorów serca (łącznie 2431). Wśród nich 13 wykonuje implantacje kardiowerterów-defibrylatorów serca (ICD) (łącznie 598 zabiegów), 6 - ablacje zaburzeń rytmu serca (łącznie 571 zabiegów, w tym ablacje migotania przedsionków w 3 ośrodkach - łącznie 86 zabiegów), 11 - implantacje układów resynchronizujących serce (CRT) (łącznie 181), 2- operacje zastawkowe serca (łącznie 376).
11. Spoza województwa najwięcej pacjentów przyjechało z woj. łódzkiego (2 206 pacjentów), zachodniopomorskiego (536 pacjentów), lubuskiego (539 pacjentów), warmińsko-mazurskiego (413 pacjentów), dolnośląskiego (404 pacjentów) i kujawsko-pomorskiego (276 pacjentów). Jedynie 5% pacjentów z województwa wielkopolskiego migrowało w celu leczenia schorzeń kardiologicznych, głównie do woj. mazowieckiego.
12. Dane wskazują, że w każdym rozpoznaniu OZW (zawał STEMI, zawał NSTEMI, UA) oraz w każdej grupie wieku śmiertelność wśród pacjentów nierehabilitowanych kardiologicznie była wyraźnie wyższa od śmiertelności w grupie rehabilitowanych (niezależnie od liczby miesięcy od zabiegu angioplastyki wieńcowej) – różnice sięgają rzędu 123% (zawał STEMI). Wyniki te powinny być podstawą do zmian w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w Polsce.

2 Kardiochirurgia dorosłych

W województwie wielkopolskim, istnieją dwa ośrodki kardiochirurgii dorosłych: Instytut Kardiologii AM w Poznaniu Klinika Kardiochirurgii oraz Szpital Miejski Im. Strusia w Poznaniu Oddział Kardiochirurgii. Jednostki łącznie dysponują 56 łózkami kardiochirurgicznymi, 4 salami operacyjnymi i 12 stanowiskami OIT. W 2013 roku wykonano w nich operacji kardiochirurgicznych ogółem – 1445, operacje pomostowania naczyń wieńcowych – 821, operacje wad nabytych (zastawkowych) – 280, operacji skojarzonych – 170, tętniaki aorty piersiowej – 72, rozwarstwienie aorty typu A – 45, infekcyjne zapalenie wsierdzia – 21.



3 Kardiochirurgia dziecięca

W województwie wielkopolskim, w Poznaniu istnieje jeden akademicki (UJ) ośrodek kardiochirurgii dziecięcej o najwyższym stopniu referencyjności. Ośrodek kardiochirurgii dziecięcej w UM Szpitalu im. Jonschera w Poznaniu dysponuje: 18 łózkami kardiochirurgicznymi, 1 salą operacyjną i 8 stanowiskami OIT. W ośrodku w 2013 roku wykonano: operacji wad wrodzonych serca – 265 w tym w krążeniu pozaustrojowym – 215, bez krążeniowe – 50. Operacji noworodków - 49 w tym w krążeniu - 26, bez krążenia – 23. Operacji niemowląt wykonano 100 a dzieci 116. W ośrodku operowane są również dzieci z województwa Zachodniopomorskiego i Lubuskiego.

Obszar Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej

1. W roku 2013 na terenie kraju znajdowały się 2 424 podmioty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w których realizowano świadczenia kardiologiczne. Spośród nich 201 znajdowało się w omawianym województwie. Spośród powiatów województwa wielkopolskiego najwięcej podmiotów AOS ulokowanych było w Poznaniu (61).
2. Najwięcej pacjentów kardiologicznych przyjęto w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (9 137 pacjentów, czyli 7,7% wszystkich unikalnych pacjentów w omawianym województwie).

Obszar Podstawowej Opieki Zdrowotnej

W maju 2015 roku w woj. wielkopolskim zarejestrowane były 647 podmioty świadczące świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej. Na 1 podmiot podstawowej opieki zdrowotnej w woj. wielkopolskim przypada 5,4 tys. mieszkańców. Najwięcej mieszkańców na 1 podmiot POZ przypadało w powiecie gnieźnieńskim (8,7 tys.), obornickim (8,6) oraz w Lesznie (8,2). Przeciętnie liczba świadczeń przypadająca na jednego mieszkańca woj. wielkopolskiego wynosi 4,11, przy czym częściej ze świadczeń korzystają kobiety (4,59) niż mężczyźni (3,61). Rozkład świadczeń w przeliczeniu na mieszkańca nie wykazuje dużego zróżnicowania pomiędzy powiatami. Największa liczba świadczeń na 1 podmiot POZ cechuje miasto Kalisz (88,9 tys.), powiaty obornicki (40 tys.) oraz nowotomyski (34,3).

Część III

Prognozy potrzeb zdrowotnych

Prognoza demograficzna

1 Prognozowana struktura ludności

1. Prognozuje się, że w okresie 2014-2029 liczba mieszkańców woj. wielkopolskiego wzrośnie o 3,7 tys. osób, czyli 0,1%, przy czym w tym okresie ludność Polski ogółem spadnie o 3%.
2. Struktura wieku i płci woj. wielkopolskiego będzie zmieniać się podobnie jak struktura średnia w Polsce. Nadal pozostanie ono województwem o nieznacznie młodszej strukturze.



2 Prognozowane zmiany w demografii powiatów województwa wielkopolskiego

1. Oczekuje się, że do 2029 liczba mieszkańców części powiatów woj. wielkopolskiego będzie ulegała zmniejszeniu (nawet o -15% w m. Konin), ale w części wzrośnie (do 26% w powiecie poznańskim).
2. Zmiany struktury demograficznej powiatów woj. wielkopolskiego będą przebiegać podobnie jak dla całego województwa, a największych zmian w udziałach poszczególnych grup wieku należy spodziewać się w Kaliszu, Koninie i Lesznie.

Prognoza zachorowalności

Uwzględniając wyłącznie procesy demograficzne szacuje się, że w okresie 2015-2025 w województwie wielkopolskim zachorowalność wzrośnie z poziomu 31,9 tys. do poziomu 37,1 tys. (+5,2 tys.; +16%; 3. najwyższa wartość w kraju). Pod względem dynamiki wzrostu zachorowalności województwo jest na miejscu 2. w Polsce.

Prognoza liczby świadczeń

1 Świadczenia kardiologiczne

W województwie wielkopolskim na przestrzeni prognozowanych lat (2016-2029) same zmiany w strukturze ludności względem wieku, płci, miejsca zamieszkania spowodują zwiększenie zapotrzebowania na procedury realizowane w pracowniach hemodynamicznych o 23,4%. Biorąc powyższe pod uwagę, zapotrzebowanie na stoły hemodynamiczne będzie systematycznie wzrastać. Jednakże porównując obecne zasoby (17 stołów w województwie zgodnie z posiadanymi danymi będącymi w zasobach konsultanta krajowego i wojewódzkich) do pożądaných zasobów należy stwierdzić, że w okresie prognozy nie ma pilnej konieczności zwiększenia liczby stołów hemodynamicznych na terenie województwa.

2 Kardiochirurgia dorosłych

W województwie wielkopolskim należy spodziewać się rosnącego zapotrzebowania na operacje kardiologiczne. Przyjmując maksymalny wskaźnik liczby operacji przypadających na jedną salę operacyjną na poziomie 569 (tyle maksymalnie przeprowadzono operacji na jedną salę w 2014 roku), można stwierdzić, że zasoby ośrodków kardiologicznych z tego województwa, zostaną w pełni wykorzystane lub nawet mogą okazać się w niewielkim stopniu niewystarczające. Ta nadwyżka pacjentów leczona być może w ośrodkach kardiologicznych z sąsiadujących województw - dolnośląskiego, opolskiego, zachodniopomorskiego, pomorskiego czy kujawsko-pomorskiego.

3 Kardiochirurgia dzieci

W związku z prognozowanym przez GUS spadkiem liczby urodzeń w województwie, spadać będzie także liczba dzieci urodzonych z wrodzonymi wadami serca. Obecnie potrzeby pacjentów są zabezpieczone przez znajdujący się na terenie województwa ośrodek kardiologii dziecięcej, a prognozy demograficzne i epidemiologiczne nie wskazują na potrzebę budowy nowego ośrodka w przyszłości.